

SANTIAGO, 24 NOV. 2011

MINISTERIO DE HACIENDA
OFICINA DE PARTES
RECIBIDO

VISTO: lo dispuesto en el artículo 4° N° 2 y 7° del Libro I del decreto con fuerza de ley N° 1, de 2005 del Ministerio de Salud, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del decreto ley N° 2.763, de 1979 y de las leyes 18.469 y 18.933; en la ley 20.470 que modifica el Código Sanitario determinando la competencia de los Tecnólogos Médicos en el área de la Oftalmología; en los artículos 113 y siguientes del Código Sanitario aprobado por decreto con fuerza de ley N° 725 de 1967, del Ministerio de Salud y teniendo presente las facultades concedidas en el decreto supremo N° 28 de 2009 del Ministerio de Salud, dicto el siguiente

DECRETO:

ARTÍCULO PRIMERO.- Apruébase la siguiente Norma Técnica que Amplía el Rol del Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología en el manejo de vicios de Refracción, cuyo texto forma parte integrante de este decreto y deberá ser publicada en la página web del Ministerio de Salud, www.minsal.cl para su adecuado conocimiento y difusión.

Una copia debidamente visada de este decreto y su Norma Técnica se mantendrá en el Departamento de Asesoría Jurídica del Ministerio de Salud.

La Norma Técnica que se aprueba por este acto administrativo, se expresa en un documento de 16 páginas.

ARTÍCULO SEGUNDO.- La Norma Técnica aprobada a través del presente decreto, comenzará a regir a contar del primer día del mes siguiente al de su publicación en el Diario Oficial.

ANÓTESE Y PUBLÍQUESE.-

REPÚBLICA DE CHILE
MINISTERIO DE SALUD
Jaime Mañalich Muxi
DR. JAIME MAÑALICH MUXI
MINISTRO DE SALUD

CONTRALORIA GENERAL
TOMA DE RAZON
RECEPCION

Depart. Jurídico		
Dep. T.R. y Regist.		
Depart. Contabil.		
Sub.Dep. C. Central		
Sub.Dep. E. Cuentas		
Sub.Dep. C.P. y B.N.		
Depart. Auditoría		
Depart. VOPU y T		
Sub. Dep. Munip.		

REFRENDACION

Ref. por \$.....
Imputación.....
Anot. por.....
Imputación.....
Deduc.Dcto.....

--	--



NORMA TÉCNICA QUE AMPLIA ROL DEL TECNÓLOGO MÉDICO CON MENCIÓN EN OFTALMOLOGÍA EN EL MANEJO DE VICIOS DE REFRACCION

ANTECEDENTES GENERALES:

La Ley N° 20.470 establece modificaciones al Código Sanitario para permitir a los Tecnólogos Médicos con mención en Oftalmología, además de los Médicos Oftalmólogos, realizar la medición instrumental de los vicios de refracción y recetar lentes. Esta Ley, está referida específicamente a la competencia para detectar los vicios de refracción por parte del Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología.

Para el ejercicio de estas nuevas competencias y con el fin de redefinir los campos de acción de los Profesionales que conforman el Equipo de Salud Oftalmológica -en esta área en particular- y generar protocolos de atención y derivación que aseguren una atención de calidad, se hace necesario precisar el Marco Jurídico que regula los procesos de atención, de manera de garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en la Ley N° 20.470, así como interpretar correctamente el alcance de la habilitación legal de la actividad que los Tecnólogos Médicos de la mención de Oftalmología tienen en relación con el uso de fármacos ciclopléjicos y anestésicos tópicos.

El 17 de Diciembre de 2010 se promulgó la Ley N° 20.470 que "modifica Código Sanitario determinando la competencia de los Tecnólogos Médicos en el área de la Oftalmología". Para efectos prácticos esta Ley ha comenzado a regir a partir del 17 de Junio de 2011, indicado en el siguiente artículo:

"Artículo único.- Introdúcense, en el Código Sanitario, las modificaciones siguientes:

a) Incorpórese el siguiente artículo 113 bis:

"Artículo 113 bis.- Sin perjuicio de lo establecido en el artículo anterior, el Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología podrá detectar los vicios de refracción ocular a través de su medida instrumental, mediante la ejecución, análisis, interpretación y evaluación de pruebas y exámenes destinados a ese fin. Para los fines señalados en el inciso anterior y con el objeto de tratar dichos vicios, el Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología podrá prescribir, adaptar y verificar lentes ópticos, prescribir y administrar los fármacos del área oftalmológica de aplicación tópica que sean precisos, y controlar las ayudas técnicas destinadas a corregir vicios de refracción. Podrá,

asimismo, detectar alteraciones del globo ocular y disfunciones visuales, a fin de derivar oportunamente al Médico Cirujano especialista que corresponda.

Quienes cuenten con el título de optómetra obtenido en el extranjero podrán desarrollar las actividades a que se refiere este artículo, siempre que convaliden ante la Universidad de Chile sus actividades curriculares de conformidad con lo dispuesto en el Decreto con Fuerza de Ley N° 3, de 2007, del Ministerio de Educación, que fija el texto refundido, coordinado y sistematizado del Decreto con Fuerza de Ley N° 153, de 1982, del Ministerio de Educación Pública, Estatutos de la Universidad de Chile.

Cuando estos profesionales presten sus servicios a personas que, al ser examinadas, evidencien la presencia de patologías locales o sistémicas, deberán derivar de inmediato al paciente a un Médico Cirujano con especialización en oftalmología. Con todo, el Tecnólogo Médico podrá participar junto al referido Médico Cirujano en la atención del enfermo para su rehabilitación, si así se requiriese. "

b) Reemplázase, en el artículo 120, la frase "en el artículo 112" por "en los artículos 112 y 113 bis".

c) Sustitúyese, en el artículo 124, la frase "Cirujanos- Dentistas y Matronas" por "Cirujanos-Dentistas, Matronas y Tecnólogos Médicos con mención en Oftalmología".

d) Reemplázase en el inciso primero del artículo 128, la frase "receta médica correspondiente" por "receta emitida por el profesional facultado para ello" y, en el inciso segundo del mismo artículo, la expresión "recetas médicas" por "recetas emitidas por el profesional facultado para ello, cumpliéndose lo señalado en el artículo 120. "

Artículo transitorio.- Esta Ley comenzará a regir seis meses después de su publicación en el Diario Oficial."

I.- DISPOSICIONES GENERALES

De acuerdo a lo establecido en el artículo 120 del Código Sanitario, los Profesionales señalados en el artículo 112 y 113 bis de dicho Código no podrán ejercer su profesión y tener intereses comerciales que digan relación directa con su actividad, en establecimientos destinados a la importación, producción, distribución y venta de productos farmacéuticos, aparatos ortopédicos, prótesis y artículos ópticos, a menos que el Colegio respectivo emita en cada caso un informe estableciendo que no se vulnera la ética profesional.

El ejercicio abusivo de las facultades otorgadas por la Ley puede ser constitutivo de ejercicio ilegal de la profesión de Médico Cirujano y de Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología, con sus correspondientes responsabilidades civiles y sanciones administrativas y penales.

II.- ÁMBITO DE APLICACIÓN Y DEFINICIONES

Se define a los vicios de refracción como la consecuencia de una relación inarmónica entre los elementos ópticos (córnea y cristalino) y el largo axial del ojo (diámetro anteroposterior), o una falta de acomodación y se clasifican en:

- a) Miopía**
- b) Hipermetropía**
- c) Astigmatismo**
- d) Presbicia**

Los vicios de refracción se sospechan en pacientes que refieren disminución de su agudeza visual, la cual mejora cuando se le solicita mirar a través de un agujero estenopeico. En caso que no mejore significativamente con agujero estenopeico, deberá derivarse a médico oftalmólogo ya que podría corresponder a otra patología asociada.

III.- NORMAS GENERALES EN MATERIA DE TRATAMIENTO

Tratamiento.- Los principales objetivos para tratar los vicios de refracción son: mejorar la agudeza visual, la función visual, comodidad y confort visual del paciente.

Las personas con patología de vicios de refracción leves pueden no requerir corrección; pequeños cambios de correcciones refractivas en pacientes asintomáticos, generalmente no son recomendadas.

Las personas con vicios de refracción moderados y severos generalmente requieren de su corrección para lograr una visión satisfactoria. Otras razones son permitir el progreso tanto de la visión mono como binocular, potenciar la visión binocular en los casos que ésta ha logrado su desarrollo (por ejemplo, para conducir vehículos motorizados) y disminuir o compensar el estrabismo.

A ninguna edad la falta de corrección de un vicio de refracción producirá daño ocular estructural o agravamiento de su estado refractivo, pero si funcional, dependiendo del estadio de desarrollo de la vía visual, por ejemplo: la ambliopía; esto de acuerdo a la evidencia científica existente, aceptada por la comunidad nacional e internacional de acuerdo a Lex Artis.

Evaluación del Paciente.-

La anamnesis, habitualmente identifica síntomas sugerentes de un vicio de refracción, de otros trastornos visuales y/o de patologías no oftalmológicas que puedan presentar las personas. Sin perjuicio de ello, por lo general el motivo de consulta del paciente es la mala visión de uno o ambos ojos. En pacientes miopes, el síntoma típico es la mala visión para lejos, sobre todo en oscuridad: tiende a acercar los objetos a sus ojos, o bien, entrecierra los párpados para crear un efecto de agujero estenoico. Por el contrario; los síntomas típicos de la hipermetropía suelen no aparecer hasta cuando el paciente comienza a perder paulatinamente su capacidad de acomodación, más o menos a los 40 años de edad. Estos síntomas comprenden las molestias astenópicas, fatiga visual, cefalea y ocasionalmente diplopía y/o fotofobia, todas causadas por el gran esfuerzo que el paciente debe realizar para ver nítido en todas las distancias, donde siempre deberá acomodar.

En caso de sospecha de otras patologías oftalmológicas que también causan disminución de agudeza visual, pero que no son corregibles con lentes, es necesario evaluar al paciente y ponderar los síntomas y necesidades de visión de cada persona antes de efectuar el acto de la refracción. Dependiendo de los resultados de esta evaluación, los pacientes recibirán su receta de lentes y/o serán derivados al médico especialista.

Evaluación y Examen del Paciente:

1. Anamnesis próxima y remota
2. Autorrefractometría
3. Determinación de la agudeza visual
4. Medición de la Presión Intra Ocular
5. Estudio de los reflejos pupilares y del rojo pupilar
6. Evaluación sensorio motora para descartar estrabismo
7. Estudio refractivo y receta de lentes

La evaluación y examen del paciente, se deberán complementar con los criterios de derivación que se detallan en el artículo N° 11.

Para realizar esta evaluación, el box de atención debe contar con los siguientes implementos:

1. Cartilla de Snellen o proyector de optotipos
2. Agujero estenopeico
3. Retinoscopio
4. Autorrefractómetro
5. Caja de lentes
6. Montura de prueba (para adulto y para niños, si corresponde)

Anamnesis Próxima y Remota: Antecedentes Mórbidos y Familiares

Se debe determinar si el motivo de la consulta es por disminución uní o bilateral, acompañada de dolor o indolora, si el inicio fue brusco o paulatino, si es permanente o intermitente y si es estacionaria o progresiva.

La pérdida de visión, lenta y progresiva de forma indolora; la pérdida de visión central y la pérdida de visión súbita, generalmente monocular, sin tendencia a la recuperación, puede establecer sospecha de otras patologías oftalmológicas y que requieren ser derivadas al médico especialista.

El tipo de trabajo y de empleo, el área económica donde se desempeñe la persona, el sexo y la edad, el nivel educacional, entre otros determinantes, pueden hacer a un individuo más vulnerable a la aparición de algunos síntomas o a la exposición a ciertos factores y conductas de riesgo que favorecen tanto la presentación como la exacerbación de una alteración del sistema visual u otro sistema.

Los antecedentes familiares tienen un rol decisivo a la hora de sospechar alguna patología oftalmológica con fuerte tendencia hereditaria, tales como glaucoma, estrabismo, desprendimiento de retina (DR), coroideo-retinopatías degenerativas, etc. Tales patologías son motivo de derivación al oftalmólogo, priorizando oportunidad según sus otros factores de riesgo.

Por otra parte, algunos antecedentes mórbidos del paciente pueden orientar el examen a la pesquisa de síntomas y signos típicos de alguna patología orgánica con compromiso ocular. Gran influencia tienen el embarazo, los trastornos neurológicos (esclerosis múltiple, cefaleas, accidente cerebro vasculares (ACV), tumor cerebral, etc.), endocrinos (hiper o hipotiroidismo), enfermedades autoinmunes, hipertensión arterial (HTA), hipercolesterolemia, traumatismos, etc. La Diabetes tipo I y II es quizás la primera causa de ceguera evitable en edad laboral, por lo que es necesario conocer la edad de inicio, tratamiento (metformina, glibenclamida, insulina, entre otras), control metabólico, estado nefrológico, etc. Otros hábitos, asociados a ciertos estilos de vida como el tabaquismo, sedentarismo, etc. y la situación socioeconómica de las personas, pueden ser también factores de riesgo y determinantes sociales de algunas patologías oftalmológicas.

Se debe preguntar por el uso de medicamentos, ya que algunos, como la amiodarona o cloroquina pueden tener impregnación corneal o retinotoxicidad, respectivamente.

Al observar al paciente directamente se puede obtener algún dato relevante: ptosis palpebral, estrabismos manifiestos o intermitentes, entropion, ectropion, exoftalmia, enoftalmia, uso de prótesis ocular, queratopatía en banda, herpes zóster, ojo rojo, pterigión, chalazion, pingüécula, presencia de ampollas filtrantes, cuerpo extraño, etc.

Medición de la Agudeza Visual.-

En los casos que se utilice proyector de optotipos la proyección debe situarse a unos 5 ó 6 metros frente al paciente. El box de atención debe estar en semipenumbra, para que el paciente observe los caracteres de los optotipos muy bien contrastados. Se debe realizar la medición de la agudeza visual de lejos, en forma monocular, sin corrección o con la corrección actual, si la posee. Generalmente se recomienda comenzar con el ojo de mejor visión.

Si la agudeza visual con o sin corrección es inferior a 1, se debe evaluar nuevamente de la misma manera explicitada en el inciso anterior, pero adicionando el agujero estenopeico, con el fin de evidenciar si existe una mejoría de la visión. Cuando hay mejoría de varias líneas al medir la agudeza visual con agujero estenopeico, se establece que la causa de la mala visión es un vicio refractivo. El valor al que se llega finalmente con el uso de agujero estenopeico, por lo general predice la agudeza visual que el paciente logrará alcanzar cuando utilice corrección óptica. Cabe destacar que un alto miope no mejorará con el uso de agujero estenopeico para lejos, pero sí será capaz de leer un diario al acercarlo a su rostro.

Si el paciente no ve el optotipo más grande aún con agujero estenopeico, se procede a evaluar la agudeza visual acercando al paciente hasta que vea dicho optotipo, en los casos que esto no lo logre se utiliza la técnica "cuenta dedos", "movimiento de manos" o percepción de luces, tras lo cual se debe derivar a médico especialista.

Evaluación del Vicio de Refracción

Un vicio de refracción se diagnóstica solicitándole al paciente que mire en forma relajada derecho al frente (infinito) y evaluando cada ojo por separado. La refracción debe ser realizada con retinoscopio o autorrefractómetro y una prueba subjetiva mediante el uso de un tablero. El uso exclusivo de autorrefractómetro es poco recomendable, pues no entrega una medida certera del vicio de refracción.

En pacientes cooperadores se debe usar la montura de prueba, determinando la distancia al vértice y eje astigmático si existe, siendo esto especialmente importante en altos grados de vicio de refracción. La reproducibilidad de refracciones subjetivas, se ha observado que está dentro de 0.50 dioptría para equivalente esférico, fuerza esférica y fuerza cilíndrica.

En los adultos mayores, es indispensable que el profesional realice una anamnesis detallada y completa del estado del paciente, considerando antecedentes familiares y antecedentes mórbidos, permitiendo derivar oportunamente al profesional que corresponda.

A pesar de que la mayoría de las personas con visión normal debieran tener una visión corregida de 20/20, 20/25 o mejor, esto no es posible de alcanzar en pacientes con altos grados de vicios de refracción. Debe tenerse en cuenta una eventual patología subyacente al vicio de refracción, ya sea congénita o adquirida. Por otra parte, una excelente agudeza visual no excluye problemas serios en la salud ocular.

IV.- DERIVACIÓN.-

Criterios de Derivación a Médico Oftalmólogo.-

Los pacientes evaluados por el Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología serán derivados para atención de Médico Oftalmólogo según criterios de riesgo.

Una vez completado el estudio refractivo, los criterios a considerar para la derivación inmediata o mediata se originan en:

- 1) Datos de la anamnesis sugerente de patología oftalmológica y/o general
- 2) Resultado del estudio refractivo practicado por el Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología.
- 3) Medición de la presión intra ocular

Los antecedentes a considerar son:

- 1) Edad
- 2) Agudeza Visual mejor corregida en cada ojo
- 3) Alteraciones en el examen refractivo practicado, que hagan sospechar la presencia y/o coexistencia de otra patología oftalmológica
- 4) Presencia de patología aguda
- 5) Presión intra ocular mayor a 21 mmhg
- 6) Presencia de ojo único
- 7) Antecedentes de enfermedades como glaucoma, diabetes, trauma ocular, desprendimiento de retina, tumores generales

Derivación a Médico Oftalmólogo y Criterios de Priorización.-

Los siguientes hallazgos ameritan derivación y prioridad en la atención:

- a) Sospecha de Trauma Ocular
- b) Presión intra ocular mayor a 25 mmHg
- c) Pérdida súbita de visión o de campo visual
- d) Diplopía aguda
- e) Rojo pupilar ausente o asimétrico
- f) Antecedentes de prematurez en relación a peso/talla
- g) Dolor agudo franco (no ardor)
- h) Reflejo pupilar alterado, acompañado de un III par (diplopía y/o ptosis palpebral)

Podrán tener una priorización en la atención antes de tres meses, sin significar un deterioro importante en la salud visual del paciente:

- a) Pacientes con antecedentes familiares de patología general y/u oftalmológica con evidencia genética o hereditaria, que no tengan evaluación previa.
- b) Pacientes con patología sin control y/o sin tratamiento general.
- c) Pacientes sin antecedentes mórbidos ni familiares y que consultan sólo por sintomatología de disminución de agudeza visual y que no mejoran su agudeza visual tras la refracción clínica realizada.
- d) Pacientes sin antecedentes mórbidos ni familiares y sólo con sintomatología de disminución de agudeza visual y que alcancen una agudeza visual, igual o inferior a 0.7, tras la refracción clínica.
- e) Deberán derivarse en un transcurso de 1 a 3 meses todos aquellos emétopes o con vicio de refracción menor a 4 dioptrías que no logren agudeza visual de 20/20, así como también pacientes con miopía alta mayor a -5.00 esferas, independiente de su edad.
- f) Pacientes con estrabismo
- g) Los niños menores de 10 años con agudeza visual con corrección menor a 0.8 también deberán ser derivados en forma mediata, junto con aquellos en los que se sospecha estrabismo, que tengan hipermetropía cicloplégica mayor a +3.00 esfera, anisometropía mayor a 1.5 dioptrías y miopía mayor a 3 dioptrías
- h) Presión intra ocular mayor de 21 mmHg

A todo paciente sin los factores de riesgo ya mencionados y un examen refractivo con agudeza visual corregida mayor o igual a 0.7 se le recomendará una evaluación con médico oftalmólogo en un plazo no mayor de 3 años.

Para una adecuada derivación, se deberá emitir interconsulta y derivar a profesional de la especialidad de acuerdo a la Red definida.

V.- MANTENCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE FÁRMACOS SEGÚN ART. 113 BIS.-

Farmacología de la Refracción: Ciclopléjicos – Midriáticos – Anestésicos Locales

El soporte farmacológico para realizar la refracción lo constituyen los fármacos ciclopléjicos. Se trata de anticolinérgicos que paralizan la acomodación, por relajación de las fibras circulares del músculo ciliar. No obstante, también inducen otros efectos transitorios, como midriasis, por parálisis del esfínter pupilar, y aumento de la relación convergencia-acomodativa-acomodación. Esto se debe a la disociación entre acomodación, que constituye un mecanismo central, y la parálisis periférica de la acomodación que producen los ciclopléjicos.

Cuando se examina bajo cicloplejia, inevitablemente se produce visión borrosa, la cual constituye el estímulo más importante para poner en marcha la acomodación y todos los procesos centrales relacionados con ella, como por ejemplo, la convergencia acomodativa.

Para la detección de los vicios de refracción los profesionales a que se refiere el artículo 113 bis del Código Sanitario podrán prescribir y administrar los fármacos del área oftalmológica de aplicación tópica que sean precisos:

- a) Ciclopentolato
- b) Tropicamida
- c) Atropina
- d) Proparacaína y tetracaína

Dichos medicamentos deberán disponerse en un espacio que cuente con las medidas de iluminación y ventilación adecuada para su conservación, impidiendo de esa manera su degradación o inutilización.

Cualquier otra indicación o prescripción de medicamento en cualquier presentación (como por ejemplo: colirios, ungüentos, tabletas) será competencia y responsabilidad del Médico Cirujano de acuerdo a lo establecido en el Código Sanitario.

VI.- PROGRAMACIÓN DE LA ACTIVIDAD:

El Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología, deberá contar con una programación de su actividad semanal, expresada en horas. Debe existir una agenda de citas, en la que el rendimiento sea de 4 pacientes por hora, en la atención de pacientes con vicio de refracción.

VII.- EMISIÓN DE DOCUMENTOS Y REGISTRO DE LA ACTIVIDAD:

7.1.- Consideraciones Generales:

Se debe resguardar la emisión de todos los documentos asociados al Proceso Clínico Asistencial, que permiten la continuidad de atención del paciente y los sistemas de registro, que permitan monitorear la producción de atenciones asociadas a los vicios de refracción.

- Esta Ley, faculta al Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología a realizar en su totalidad el proceso clínico asistencial en relación a los vicios de refracción: sospecha, diagnóstico, tratamiento; y emisión de documentos tales como: IPD (Informe Proceso Diagnóstico, que sospecha, confirma, descarta o cierra el problema de salud), Notificación de paciente Ges, Interconsultas y Órdenes de Atención.
- Esta Ley no modifica en forma expresa el reglamento GES, sin embargo, dadas sus disposiciones, tiene una incidencia en el mismo al permitir que los Tecnólogos Médicos con la mención referida puedan efectuar las actividades detalladas. A pesar de ello, no se requiere una modificación expresa de esa normativa, en la descripción que hace de las acciones envueltas en las garantías referidas a vicios de refracción, solamente detalla cuales son las prestaciones que otorga, sin especificar algún profesional específico que deba ejecutarlas.
- La atención del Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología, en relación a la patología de vicios de refracción será registrada en el Registro Estadístico Mensual REM, que estará disponible desde el año 2012.

- Durante el año 2011, los Servicios de Salud y Establecimientos de la Red llevarán un registro local de las atenciones realizadas y de la prescripción de lentes, el que se solicitará posteriormente. Por lo tanto, las atenciones deben quedar registradas en ficha clínica del paciente y registros estadísticos asociados a esta actividad.
- Todas estas disposiciones deberán cumplirse en todos los establecimientos de la Red Asistencial a lo largo del país.

7.2.- Consideraciones Específicas

Con el propósito de aclarar y estandarizar la forma de registro de las prestaciones realizadas por el Tecnólogo Médico en lo relativo a sospecha, confirmación y tratamiento de los vicios de refracción, de tal manera de asegurar el cumplimiento de la normativa vigente, tanto para la competencia establecida para este profesional no médico y para los usuarios en el marco de la Ley de Garantías Explícitas, en lo relativo a las consideraciones en el registro asociado.

Para ello se han distinguido dos tipos de registro:

1. **Registro REM:** en lo relativo al registro de la atención otorgada por el Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología, para la patología vicios de refracción deberá ser registrada en el Registro Estadístico Mensual REM, que estará disponible desde el año 2012. Durante el año 2011 los Servicios de Salud y establecimientos de la Red llevarán un registro local de las atenciones realizadas y de la prescripción de lentes, el que podrá ser solicitado posteriormente. A lo anterior, se suma el registro en ficha clínica de las atenciones.

2. **Registro SIGGES:**

Según lo definido en la Ley N° 20.470, este profesional queda facultado para sospechar, confirmar y descartar a los pacientes con el problema de salud de vicios de refracción, además de permitirle prescribir lentes ópticos, de ser necesario. Lo anterior, en el marco de Ley de Garantías Explícitas y del registro GES SIGGES, significa obligatoriamente la completitud de los siguientes formularios o hitos de registros asociados:

- I. Hoja de estadística diaria de atención:
- II. Informe de Proceso Diagnóstico (IPD).
- III. Cierre de casos.
- IV. Ordenes de atención.
- V. Ficha clínica.
- VI. Notificación Obligatoria de problema de salud GES.
- VII. Solicitud de interconsulta.

Los Formularios I, II, III, IV y VII además de constituir registros clínicos (en modalidad manual o digitalizada dependiendo esto último a la existencia de un sistema de información o no en el Establecimiento) corresponden a hitos de registro a ingresar en SIGGES, plataforma informática establecida por el FONASA para la creación de casos GES y monitoreo de las garantías explícitas en salud de los pacientes beneficiarios del sistema público de salud, por lo que el profesional responsable en su emisión además de completarlos adecuada y oportunamente, deberá velar porque éstos sean canalizados en el flujo de información existente en el establecimiento en el cual se desempeña.

Las definiciones y reglas de uso asociadas a cada uno de ellos deben ser consultadas en el Manual de Procedimientos "Sistema de Información para la Gestión de Garantías en salud", Serie de Cuadernos de Redes N° 30 del marzo del 2009.

En lo referido a la Solicitud de Interconsulta, las condiciones de derivación para los vicios de refracción se encuentran detalladas en la Norma Técnica que regula el rol del Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología, punto IV, artículo 11 Criterios de derivación a medico oftalmólogo.

En consideración al punto VII se aclara:

Los pacientes atendidos por el Tecnólogo Médico con mención en Oftalmología que sean derivados hacia el Oftalmólogo por un problema de salud incluido en el decreto N° 1/2009 vigente, generarán con ello la creación del caso y la activación de la garantía de sospecha asociada a dicho problema de salud, siendo el caso para Cataratas, Retinopatía Diabética, o Trauma Ocular Severo.

En consideración al tratamiento a través de la entrega de lentes se aclara:

La entrega de lentes ópticos para aquellos pacientes que reciben la indicación, deberá ser realizada en el establecimiento que confirma el diagnóstico, o en su defecto, ser derivado al punto de entrega establecido por la Red. En el caso de las comunas que cuenten con Programa de Resolutividad, será éste el medio para concretar dicha entrega. El financiamiento de lentes para la Atención Primaria, está dado por este Programa; de no existir o de estar completa la disponibilidad, se deberá canalizar la entrega vía hospitalaria, cuyo financiamiento será a través de Programa Prestaciones Valoradas.